

3. La LAMal: objectifs et enjeux d'une « révision permanente »

En 2000, le Conseil fédéral a lancé une révision partielle d'ampleur de la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal), 5 ans à peine après l'entrée en vigueur de cette dernière. A ce jour, ce projet n'a que très partiellement abouti. Son objectif est cependant clair et il se confond en tout point avec l'approche présentée au chapitre précédent. Les soins de base prodigués par le système de santé suisse doivent être soumis à un régime de « concurrence régulée » dans lequel les caisses maladie ont pleins pouvoirs pour imposer aux autres acteurs du système, en particulier en les mettant en concurrence entre eux, l'obligation de fournir des prestations à un coût comprimé.

Une fusée à plusieurs étages

Une première proposition de révision, appelée « 2^e révision partielle »¹, a échoué de justesse en 2003 lors du vote final des Chambres fédérales. Le Conseil fédéral a alors immédiatement remis l'ouvrage sur le métier. Il a adopté cette fois-ci une stratégie des « petits pas », s'inscrivant dans une démarche en deux temps.

- Entre mai 2004 et février 2005, le Conseil fédéral a présenté 7 propositions de modifications de la LAMal, touchant chacune un aspect particulier du dispositif². Cela lui permet d'engranger successivement tous les résultats pour lesquels un consensus politique se dessine. Simultanément, cette tactique rend impossible une remise en question du tout. De plus, comme cette démarche est extrêmement complexe et multiforme, elle échappe à tout citoyen qui ne s'y intéresserait pas au jour le jour, dans le détail et sans aide organisée. Enfin, rien n'empêche le Conseil fédéral de revenir à la charge ultérieurement, si les décisions du Parlement lui paraissent insuffisantes sur certains points. Quant au droit référendaire, les dés sont pipés. Chaque projet de révision ne touche qu'un aspect particulier de la loi et son sens effectif n'apparaît que lorsqu'on l'analyse comme partie d'un tout. Le référendum, qui ne peut porter que sur chacune des révi-

1. Une première révision à caractère essentiellement technique a été adoptée en 2000.

2. Cf. la liste des messages page suivante.

Messages du Conseil fédéral au sujet de la révision de la LAMal, de mai 2004 à février 2005

– 26 mai 2004, Stratégie et thèmes urgents (04.031). Concernant la compensation des risques. Une modification légale a été adoptée et elle est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2005.

– 26 mai 2004, Liberté de contracter (04.032). Cet objet semble particulièrement délicat. Il n'a pas encore été discuté au Parlement. Son traitement a été reporté pour être abordé en relation avec le financement des hôpitaux et les réseaux de soins.

– 26 mai 2004, Réduction des primes et subsides fédéraux dans l'assurance-maladie (04.033). Une loi a été adoptée qui est entrée en force au 1^{er} janvier 2006.

– 26 mai 2004, Participation aux coûts (04.034). Ce projet a été considéré comme lié au managed care. Son traitement a été reporté pour être coordonné avec celui des réseaux de soins.

– 15 septembre 2004, Financement des hôpitaux (04.061). Cet objet a été traité en première lecture par le Conseil des Etats en mars 2006.

– 15 septembre 2004, Managed Care (04.062). Examiné par le Conseil des Etats en décembre 2006.

– 16 février 2005, Nouveau régime de financement des soins (05.025). Le sujet a été traité en première lecture par le Conseil des Etats en septembre 2006.

sions individuelles, est rendu inopérant comme instrument du débat démocratique censé permettre l'expression d'une opposition d'ensemble à l'orientation du Conseil fédéral et des Chambres et la mise en valeur d'une orientation alternative.

• Parallèlement, le Conseil fédéral a déjà lancé la 3^e révision de la LAMal. Pour désamorcer les oppositions, elle est présentée pour l'heure comme en voie d'élaboration. Mais, il est évident que cette 3^e révision indique la cible visée par le Conseil fédéral en matière d'assurance-maladie. Quatre mots clefs résumant l'objectif et ne laissant planer aucun doute sur les intentions du Conseil fédéral :

- liberté de contracter,
- financement moniste des hôpitaux,
- développement du « managed care »,
- responsabilisation des assurés.

Le Conseil fédéral est prêt à prendre le temps nécessaire. Mais il s'est clairement donné pour but d'obtenir, au bout du compte, une révision de la LAMal intégrant ces quatre objectifs.

Cette « fusée à deux étages » – 7 révisions ponctuelles en débat depuis 2004, d'une part, une nouvelle révision « partielle » d'ensemble, d'autre part – est révélatrice de la détermination des adeptes d'une contre-réforme globale dans le domaine de la santé à imposer leurs orientations, tout en voilant leurs objectifs réels et en écartant l'une après l'autre chaque opposition qui pourrait leur être faite.

Mais ce plan de bataille montre aussi que la votation du 11 mars 2007 n'est pas la dernière échéance politique importante en matière de santé. Que la caisse unique soit acceptée ou refusée, il faudra poursuivre le combat pour renforcer la défense des droits des patients. Cela exigera des propositions politiques rompant avec le système de ladite concurrence régulée. Si ce front de lutte ne prend pas de l'ampleur dans les mois et années à venir, grâce à l'engagement actif des usagers comme du personnel de santé, la situation ne fera que se détériorer, du point de vue

Origines et enjeux

de la qualité des soins de base, de la charge financière imposée aux ménages ou des conditions de travail du personnel.

Pour s'en convaincre, il suffit d'essayer de comprendre ce qui est en train de se passer.

En 2001, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a publié une évaluation des premières années d'application de la LAMal. Selon ce document, le bilan serait globalement positif du point de vue de la solidarité existant entre assurés et de l'éventail des prestations assurées. Par contre, le bilan serait négatif en matière d'augmentation des coûts. Les « experts » et le Conseil fédéral en ont déduit qu'il fallait renforcer les mécanismes de concurrence au sein de la LAMal. C'est le point de départ de la deuxième révision de cette loi.

Pour justifier ce choix, les « autorités » ont proclamé que le peuple se serait prononcé en faveur d'un système concurrentiel en acceptant la LAMal en 1994. En réalité, rien n'est moins sûr. En 1994, le peuple n'avait pas la possibilité de choisir un système de santé. En acceptant la LAMal, il s'est d'abord prononcé pour une assurance-maladie obligatoire et pour un régime un peu plus solidaire (entre bien portants et malades, jeunes et vieux, hommes et femmes) que ce qui existait jusqu'alors. La grande majorité de la population n'était (et n'est) pas préoccupée en premier lieu par le coût du système de santé, mais par la charge que chacun doit supporter et par le risque d'une baisse de la qualité des prestations.

Le Tribunal fédéral des assurances a été l'autre agent déclencheur de la deuxième révision partielle de la LAMal. Il a en effet statué, dans deux arrêts rendus en 2001, que les cantons doivent prendre en charge une partie des frais d'hospitalisation d'une personne au bénéfice d'une assurance complémentaire, en cas de séjour hospitalier hors du canton (lorsqu'une hospitalisation hors canton est nécessaire). Ce principe s'applique aux hôpitaux publics et aux hôpitaux subventionnés. Pour éviter que la pratique soit en con-

tradiction avec ces arrêts, il a été nécessaire de reporter l'application de cette jurisprudence par l'adoption d'une loi urgente, d'une durée limitée dans le temps. Mais une modification de la loi s'imposait pour régler durablement le problème. D'autant plus que le Conseil fédéral a déduit des arrêts en question que la planification hospitalière cantonale devra à l'avenir également tenir compte des hôpitaux et cliniques privés non subventionnés. Ce qui revient à instaurer une égalité de traitement entre hôpitaux publics, hôpitaux subventionnés et cliniques privées !

Sur ces bases, la deuxième révision partielle proposée en 2002 par le Conseil fédéral consistait en un seul projet de loi réglant l'ensemble des modifications prévues. Trois propositions concernaient des ajustements du système en vigueur: la compensation des risques entre caisses, la réduction des primes des assurés à faible revenu et la participation financière directe des assurés. Trois propositions étaient conçues pour ouvrir la voie vers un système cohérent de concurrence régulée: les nouvelles modalités de financement des hôpitaux, les mesures pour stimuler la mise en place de réseaux de soins (managed care organizations) et l'instauration de la liberté de contracter dans le secteur ambulatoire.

Le principal changement que le Conseil fédéral a introduit suite à l'échec en 2003 de cette 2^e révision partielle concerne la forme. Le projet de loi unique a été remplacé par sept projets de lois thématiques. Certaines d'entre elles sont déjà entrées en vigueur. D'autres sont en discussion devant les Chambres ou renvoyées à plus tard. Quant au fond, le Conseil fédéral a proposé en février 2005 une modification supplémentaire portant sur le financement des soins des patients qui séjournent en EMS ou bénéficient de soins à domicile. Ce projet se situe à cheval entre les ajustements du système en vigueur et la préparation du système à venir.

Depuis lors, les débats parlementaires, et les modifications des projets de loi qui en résultent, n'ont porté

que sur des points particuliers. En effet, si la votation du 11 mars 2007 permet une confrontation politique majeure, et publique, à propos de l'avenir du système de santé en Suisse, les discussions aux Chambres semblent au contraire être régies par un consensus général au sujet des orientations d'ensemble, intégrant toutes les tendances politiques représentées au Parlement.

Début 2007, où en sommes-nous dans ce processus législatif rendu volontairement complexe pour le soustraire autant que possible au débat public? Voici un tour d'horizon de ces sept chantiers.

Compensation de risques entre assureurs

Leur mise en concurrence pousse les assureurs à concevoir leur offre de manière à sélectionner les bons risques. Il est d'ailleurs largement reconnu que les caisses maladie recourent en priorité à cette sélection pour réduire leurs coûts, dans le cadre de la concurrence hiérarchisée entre elles. On est loin de la concurrence censée mener inévitablement à des gains d'efficacité! Pour atténuer ce mécanisme, la LAMal a instauré en 1996, pour une durée de 10 ans, un système de compensation des risques censé réduire les bénéfices de cette sélection grâce à un mécanisme de compensation tenant compte du sexe et de l'âge des assurés. Le Conseil fédéral a proposé de donner à ce mécanisme un caractère pérenne. La loi adoptée le 8 octobre 2004 par le Parlement se contente de prolonger le régime en vigueur. Le Parlement a en effet considéré que sa perpétuation conduisait à des distorsions: la prolongation adoptée avait pour but de donner du temps pour une refonte du système, en y intégrant de nouveaux critères. En mars 2006, le Conseil des Etats a ainsi introduit un nouveau critère: celui de risque élevé, qui prend en considération un éventuel séjour dans un hôpital ou un EMS. De plus, il a accordé au Conseil fédéral la compétence d'introduire d'autres critères censés rendre la compensation des risques plus efficace.

La modification de la LAMal adoptée le 8 octobre 2004 a aussi introduit le principe d'une carte d'assuré au niveau national. De même, elle a renforcé les normes concernant le comportement fautif de fournisseurs de prestations et elle a prolongé les règles transitoires concernant les tarifs de soins et le financement des hôpitaux par les cantons.

Réduction des primes

Ce thème a été introduit au cours des débats parlementaires portant sur la 2^e révision partielle. La modification légale entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006 représente un succès pour les défenseurs du fédéralisme. L'unique amélioration légale qui s'applique à l'échelle nationale concerne les primes des enfants vivant dans des ménages avec un revenu bas ou moyen. La moitié au moins de ces primes doit désormais être prise en charge par les mécanismes de réduction des primes. Les autres réductions de primes relèvent de la compétence des cantons.

Une légère augmentation de l'enveloppe globale mise à disposition des cantons par la Confédération a en outre été décidée. En contrepartie, les caisses ont obtenu, à l'échelon national, le droit de sanctionner plus lourdement les assurés en cas de non-paiement des primes. Les conséquences en termes d'exclusion du droit aux prestations de base ne se sont pas fait attendre. Elles touchent en particulier les bas revenus et les patients qui souffrent de maladies chroniques (cf. encadré p. 52).

Franchises et participation

La franchise annuelle ordinaire s'élève aujourd'hui à 300 francs pour un assuré adulte. Les assurés doivent de plus assumer une quote-part de 10 % des coûts supplémentaires, jusqu'à un maximum de 700 francs par an, ainsi qu'une contribution de 10 francs par jour en cas de séjour stationnaire (pour les personnes célibataires). Le projet du Conseil fédéral du 26 mai 2004 propose une augmentation de la quote-part de 10 % à 20 % (pour les enfants elle reste à 10 %). Le montant maximum est maintenu à 700 francs. Ce

projet représenterait une forte augmentation de charges pour les ménages en cas de maladie. En effet, avec une quote-part de 20 %, la somme de 700 francs serait déjà atteinte avec des dépenses annuelles de santé de 3800 francs, alors qu'il faut aujourd'hui avoir dépensé 7300 francs pour toucher ce plafond. Toutefois, la commission du Conseil national a décidé en septembre 2004 déjà de renvoyer ce projet à plus tard. Et, ces derniers temps, on a manifestement considéré qu'il valait mieux attendre que le vote sur la caisse unique et sociale soit passé...

Financement des soins en EMS ou à domicile

Avec l'introduction de la LAMal, le catalogue des prestations prises en charge par les caisses maladie pour les soins dispensés par un EMS ou les soins à domicile (SPITEX) a été étendu. Le Conseil fédéral veut revenir en arrière.

Le Conseil fédéral propose que le patient qui séjourne en EMS (établissements médico-sociaux) ou bénéfi-

Exclus des soins: le retour

Depuis le 1^{er} janvier 2006, les nouvelles dispositions de la LAMal relatives à la réduction des primes autorisent les caisses maladie à interrompre le paiement des prestations pour les assurés mis en poursuite pour non-paiement de leurs primes et/ou participations aux frais. Les assureurs ne se privent pas d'utiliser ce nouveau « droit » et rien qu'à Genève 260 personnes auraient été touchées en 2006 (*Le Courrier*, 5.01.07). Dans l'ensemble de la Suisse, les prestations maladie de milliers de personnes ne seraient plus remboursées. Les solutions de secours mises en place par certains cantons, communes ou médecins sont inégales et ne touchent de loin pas tout le monde. Dans un article de la *Revue médicale suisse*, le professeur Hans Wolff, médecin adjoint à la polyclinique médicale des hôpitaux de Genève, et son collègue, le docteur Christophe Marti, notent que les personnes touchées sont dans leur écrasante majorité d'un niveau socio-économique faible et qu'elles souffrent la plupart du temps de maladies chroniques. Selon eux, « *ici, nous ne voyons que la pointe de l'iceberg* ». A noter que leur étude ne tient pas compte des patients qui auraient renoncé à se procurer des médicaments ou qui auraient décidé de les payer eux-mêmes.

cie de soins à domicile prene en charge une partie (environ 20 % des coûts) des soins de base visant à satisfaire les besoins humains fondamentaux, par exemple l'aide pour s'habiller, se laver ou se nourrir. Par contre les soins de traitement, à but thérapeutique ou palliatif, continueraient à être couverts par l'assurance obligatoire des soins.

Pour rendre supportable ce changement, le Conseil fédéral propose pour les soins à domicile l'introduction d'une rente d'impotence de degré faible. Pour les séjours en EMS, il propose de supprimer la limite au remboursement par les prestations complémentaires AVS/AI (il faut rappeler que l'obtention des prestations complémentaires est soumise à condition de ressources). Actuellement cette limite est d'environ 30 000 francs par année. Les prestations complémentaires sont un instrument de plus en plus utilisé pour réduire les charges des assurances sociales. C'est facile, il suffit de modifier le cercle des ayants droit.

En septembre 2006, le Conseil des Etats a suivi ce projet du Conseil fédéral dans les grandes lignes. Il a cependant étendu le principe de la participation des assurés à l'ensemble des soins en invoquant la difficulté de distinguer les soins de base (aide pour s'habiller, se laver, se nourrir) des soins médicaux. Il en résultera une augmentation des charges assumées par les patients, très âgés pour l'essentiel. Eux-mêmes ou leur famille devront payer, tant qu'ils en ont les moyens (et la définition des « moyens » est telle que leurs économies même les plus maigres y passeront, à coup sûr).

Financement des hôpitaux

Aujourd'hui, la rémunération des hôpitaux se fait en fonction des coûts engendrés. De plus, les cantons assument les coûts d'investissement, ce qui est cohérent avec le fait que la loi les charge de la planification hospitalière: les investissements sont déterminants pour l'évolution de l'offre de soins dans le domaine stationnaire. Globalement, les cantons participent à près de 50 %, parfois davantage, du total des frais d'hospitalisation.

Le Conseil fédéral propose un nouveau système de financement dit « dual fixe » : tous les hôpitaux figurant dans la liste résultant de la planification hospitalière cantonale seraient traités sur pied d'égalité, qu'ils soient publics, subventionnés ou privés. Dans un tel cadre, la fonction de la planification hospitalière se réduirait à assurer que des établissements, autonomes et mis en concurrence, respectent un certain nombre d'objectifs et de règles définis par l'autorité publique. Les cantons sont réduits au rôle de deuxième pourvoyeur de fonds, partageant à part égale avec les caisses maladie la charge financière des traitements stationnaires couverts par l'assurance obligatoire des soins.

Deuxième grand changement, la rémunération des hôpitaux ne se ferait plus selon le principe du forfait journalier mais en fonction des prestations fournies. Celles-ci seraient évaluées au moyen de coûts forfaitaires par cas, fondés sur une typologie des prestations. Chaque maladie serait ainsi traitée comme un produit, comme cela se passe avec les DRG – Diagnostic related groups (groupes homogènes de malades) – déjà en vigueur dans quelques cantons (cf. aussi chapitre 2). L'application à l'échelle nationale de ce nouveau mode de financement constitue une pièce majeure du futur régime de concurrence régulée, dont l'effet sera d'empêcher tout contrôle politique effectif sur ce qui se passe dans le système hospitalier.

Le message du 15 septembre 2004 concernant le financement des hôpitaux annonce pour finir que le Conseil fédéral présentera, dans les trois ans à partir de l'entrée en vigueur du nouveau régime, un projet de loi balisant le chemin pour passer à un financement moniste des hôpitaux (cf. glossaire et chapitre 2).

Lors de sa session de mars 2006, le Conseil des Etats a modifié le projet du Conseil fédéral sur un point : le taux de financement des hôpitaux serait fixé à 60 % au moins pour les cantons dont les primes sont supé-

rieures à la moyenne nationale. Pour les autres, il pourrait descendre jusqu'à 45 %. Cette différence est censée inciter les cantons à faire en sorte que les primes maladie payées sur leur territoire ne dépassent pas la moyenne nationale.

La solution définitive n'est cependant pas encore fixée au moment de la parution de la présente brochure, le Conseil national devant encore se prononcer.

Managed Care

Un réseau de soins intégré (managed care) doit offrir l'ensemble des prestations de base (cf. glossaire p. 123). Il fonctionne avec un budget établi a priori. Il peut être proposé par une ou plusieurs caisses. L'idée s'inspire des HMO, qui occupent une place prépondérante aux Etats-Unis. L'assurance-maladie est facultative dans ce pays ; elle est assez souvent prise en charge par les employeurs, qui choisissent le système des HMO parce qu'il leur permet de limiter les frais de la couverture maladie. Pour cette raison, la majorité des HMO américains sont engagés dans la logique de limitation des soins. (Voir à ce sujet l'article de José Caudron, économiste de la santé, « L'organisation des soins aux Etats-Unis : la sacralisation du "tout privé" » mis en ligne sur le site www.labreche.ch, en date du 16 janvier).

En Suisse, les réseaux de soins ont la renommée de fournir des prestations de qualité. Les experts affirment que ce système permettrait de faire des économies substantielles si plus de 50 % des assurés y adhéraient. C'est pourtant difficile à vérifier, puisque les réseaux de santé n'ont connu jusqu'à présent qu'un succès modeste en Suisse³. La 2^e révision de la LAMal a échoué en 2003 entre autres parce que le lobby des assureurs s'opposait à ce que la loi stimule le développement de ces réseaux par des mesures fortes : les assureurs veulent garder les mains aussi libres que possible.

De fait, les modifications de la LAMal que le Conseil des Etats a adoptées le 5 décembre 2006 laissent

3. On y compte aujourd'hui 600 000 assurés ou 8 % du total, dont 17 % dans 21 HMO et 83 % dans 57 réseaux de médecins de famille.

Liberté de contracter dans le secteur ambulatoire

pour l'essentiel la liberté aux partenaires contractuels (donc aux assureurs) de définir les avantages offerts par les réseaux de soins. Pour éviter que les personnes assurées à de tels réseaux ne les quittent lorsqu'elles subissent une grave détérioration de leur état de santé, les assureurs pourront désormais proposer des contrats allant jusqu'à 3 ans. Un assuré ne pourrait alors pas invoquer une hausse de prime pour quitter le réseau.

Compte tenu de ces choix, la probabilité est élevée que, dans un premier temps, les réseaux de soins intégrés sélectionnent avant tout des assurés bien portants. De plus, leur succès auprès de la population est loin d'être assuré. Pascal Couchepin a d'ailleurs annoncé que le Conseil fédéral reviendra devant le Parlement dans trois, quatre ou cinq ans avec des propositions plus « impératives » à ce sujet.

Aujourd'hui les assureurs ont l'obligation de rembourser au tarif prévu toute facture pour une prestation médicale correspondant au catalogue de base. La liberté de choix est du côté des fournisseurs de prestations (médecins, physiothérapeutes, etc.) et des assurés. La « liberté de contracter » renverse ce rapport : un assureur ne doit rembourser que les factures des fournisseurs de prestations avec lesquels il a préalablement conclu un contrat.

Pour éviter que cette liberté de contracter conduise à un effondrement de la sécurité d'approvisionnement en soins, il est prévu que l'Etat définisse des quotas minima de contrats que les assureurs devront conclure avec des fournisseurs de prestations. Mais ces minima seront peu généreux, car le Conseil fédéral est d'avis que le nombre de médecins – et d'autres fournisseurs de prestations – est largement excédentaire dans de nombreux cantons (voir ci-contre encart : Les effets de « l'offre médicale »). La liberté de contracter doit permettre un abaissement substantiel de la densité d'approvisionnement en soins. Dans un tel contexte, les fournisseurs de prestations

Les « effets de l'offre » médicale

Il est largement répandu, pour expliquer ce que les économistes de la santé nomme la « croissance autonome » des coûts de la santé – celle dont les facteurs de demande ne réussissent pas, selon leurs schémas, à rendre compte – de l'attribuer à des facteurs d'offre. Le nombre de médecins par habitant est généralement une des variables utilisées pour illustrer l'impact des « effets de l'offre ».

Une des adeptes de cette ligne d'interprétation, Béatrice Majoni d'Intignano, dans *Santé et économie en Europe* (PUF, 2001, p. 77), doit toutefois reconnaître que « si la relation macroéconomique suggère l'effet d'entraînement de l'offre sur la demande, elle peut aussi s'expliquer par la réponse à une demande jusque-là insatisfaite ». Des « médecins progressistes helvétiques » auraient aussi pu y penser.

Si l'on examine le nombre de médecins par habitant et qu'on le rapporte au niveau relatif de dépenses, selon la liste des pays établie par l'OCDE (Eco-santé 2004, graphique 7, Médecins en activité pour 1000 habitants, 2002), on constate que des pays comme l'Italie, la Grèce ou la Slovaquie disposent d'une densité de médecins largement supérieure à la moyenne, sans que cela se reflète sur le niveau des dépenses de santé. On peut faire le constat en sens inverse : le nombre de médecins est nettement moins élevé dans des pays comme le Canada, le Japon ou l'Irlande.

Manifestement l'explication relève de facteurs beaucoup plus complexes, et l'évolution des dépenses de santé obéit à un faisceau de déterminations que les études économétriques ont du mal à identifier et à quantifier.

4. Un exemple : l'assurance pourra les obliger à soumettre certains traitements à son médecin-conseil, afin qu'il en évalue l'opportunité, selon un rapport prix-qualité qui sauvegarde les intérêts de la caisse.

seront soumis à une pression énorme lors des négociations avec les assurances. Ils devront soit adhérer à un réseau de soins, soit accepter des conditions défavorables non seulement en ce qui concerne leur rémunération mais aussi leur pratique thérapeutique⁴. Les assurés devront se contenter de compter les points, et d'enregistrer la détérioration de la qualité des soins qui en découlera...

Le sort réservé à cette proposition, capitale pour la mise en place de la nouvelle approche de « concurrence régulée », n'est pas connu : les délibérations parlementaires ont été renvoyées à après la votation du 11 mars 2007. En toute transparence démocratique !

Bilan

Au terme de ce tour d'horizon, on constate que :

- deux des quatre modifications légales entrées en vigueur se traduisent par un accroissement de la charge pour la majorité des assurés ;
- le sort de trois projets préparant des changements de fond n'est pas encore connu : aucun débat parlementaire n'a eu lieu ou seul le Conseil des Etats en a traité.

La votation du 11 mars 2007 sur la caisse unique est, dans ce contexte, une occasion de faire entendre des exigences répondant aux intérêts des assurés comme du personnel soignant. En même temps, cette situation montre que l'avenir du système de santé et d'assurance-maladie va rester au cœur des débats politiques de ces prochaines années.